

Progetto “La mia casa”

Potenziamento della rete integrata dei servizi legati alla domiciliarità delle persone anziane tramite formule di co-abitazione

ATS Casentino Valdarno Valtiberina

1. Dati identificativi

1.1 Anagrafica degli Ambiti Territoriali interessati dal progetto	
Soggetti proponenti	Zone Distretto Casentino Valdarno Valtiberina
Soggetto presentatario	Azienda Usl Toscana Sud Est
Ente capofila	Unione dei Comuni Montani del Casentino
Comuni	ATS Casentino (Bibbiena, Castel Focognano, Castel San Niccolò, Chitignano, Chiusi della Verna, Montemignaio, Ortignano Raggiolo, Poppi, Pratovecchio Stia, Talla), ATS Valdarno (Bucine, Castelfranco Piandiscò, Cavriglia, Laterina Pergine Valdarno, Loro Ciuffenna, Montevarchi, San Giovanni Valdarno, Terranuova Bracciolini), ATS Valtiberina (Sansepolcro, Caprese Michelangelo, Anghiari, Badia Tedalda, Sestino, Pieve Santo Stefano, Monterchi)
Posta elettronica	danielanocentini@casentino.toscana.it
PEC	unione.casentino@postacert.toscana.it

2. Analisi del contesto e del fabbisogno¹

Il territorio di riferimento del progetto è quello delle tre Zone Distretto: Casentino, Valtiberina e Valdarno per un totale di 25 Comuni con una popolazione alal 31.12.2022 di 169.077 abitanti di cui il 27,50% => 65 (media regionale 26%)

L'indice di vecchiaia è un indicatore che coglie la velocità di ricambio di una popolazione, confrontando gli anziani con i giovani sotto i 15 anni. La Toscana è tra le regioni con il valore più alto in Italia e il trend è in costante aumento dal 2011 a causa di un effetto combinato: aumento dell'aspettativa di vita e calo delle nascite.

Anche il Casentino, la Valtiberina e il Valdarno sono in linea con questo trend:

¹ Fonte dei dati relativi alla popolazione “Osservatorio delle Politiche Sociali” della Regione Toscana

- nel 2022 l'indice di vecchiaia medio delle tre zone era pari a 245,36% (regionale 219,77% nazionale 187,87%).
- nel 2025 l'indice di vecchiaia medio delle tre zone è pari 266,03% più alto di 12,83 punti percentuali della media dell'Az. Usl Toscana Sud Est (regionale 241,9%, nazionale 199,8%)

Tabella 1.2: Indice di vecchiaia, valori 2025

Zona	Numeratore	Denominatore	Valore grezzo
Casentino	9.674	3.432	281,9
A.V. d'Elsa	15.682	7.247	216,4
Senese	32.749	14.265	229,6
Valtiberina	8.712	2.961	294,2
V. di Chiana Aretina	13.455	5.621	239,4
Aretina	33.641	14.314	235,0
Valdarno	24.065	10.839	222,0
Colline dell'Albegna	15.165	4.271	355,1
Amiata SI e V. d'Orcia, Valdichiana SI	22.038	7.714	285,7
Amiata GR, Col. Metal., Grossetana	47.711	17.364	274,8
ASL TOSCANA SUD EST	222.892	88.028	253,2

Il progressivo invecchiamento della popolazione sta portando ad un aumento della percentuale di grandi anziani sui territori. A livello regionale le persone di 75 anni o più nel 2025 (dati provvisori ISTAT) rappresentano il 14,6% della popolazione residente, aumentati di circa 3 punti percentuali negli ultimi 20 anni. L'aumento degli anziani comporta ovviamente un maggior carico assistenziale per famiglie e servizi territoriali.

La media delle tre zone è pari a 15,27% con punte di 15,60% in Casentino e 16,20% in Valtiberina, comunque sopra la media dell'Azienda Usl Toscana Sud Est pari al 15,00% e della media Regionale pari a 14,6%.

Tabella 1.3: Percentuale di over74enni, valori 2025

Zona	Numeratore	Denominatore	Valore grezzo
Casentino	5.232	33.541	15,6
A.V. d'Elsa	8.551	61.895	13,8
Senese	18.187	123.476	14,7
Valtiberina	4.660	28.780	16,2
V. di Chiana Aretina	6.938	49.635	14,0
Aretina	18.363	127.500	14,4
Valdarno	13.184	94.190	14,0
Colline dell'Albegna	8.213	47.452	17,3
Amiata SI e V. d'Orcia, Valdichiana SI	12.155	74.455	16,3
Amiata GR, Col. Metal., Grossetana	25.651	167.876	15,3
ASL TOSCANA SUD EST	121.134	808.800	15,0

Nel 2022 gli anziani che vivevano da soli erano 7.493

In linea con Piano Sanitario Sociale Integrato Regionale 2024-2026 (Obiettivo 3 "Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione" e Obiettivo 4 "Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti cliniche."), si evidenzia la necessità di potenziare l'offerta dei servizi, con azioni che possono incidere sul tasso di ospedalizzazione evitabile: potenziamento cure intermedie, della presa in carico dei pazienti con malattie croniche, della risposta domiciliare.

Sul fronte della residenzialità nei tre ATS sono presenti n. 17 RSA.

Gli anziani dei nostri territori usufruiscono di servizi socioassistenziali e sociosanitari, con un sistema di

assistenza domiciliare che consente di offrire una risposta parziale integrata rispetto al bisogno di assistenza, di autonomia e di relazioni sociali.

L'accesso ai servizi è garantito tramite i **Punti Unici di Accesso**: sportelli di accoglienza, informazione, orientamento e accesso alle opportunità di assistenza. Per ciascun anziano è predisposto, in condivisione con la persona anziana e la sua famiglia, un **Piano di Assistenza Individualizzato**, che contiene le prestazioni sociosanitarie da erogare, gli obiettivi e gli esiti attesi in termini di mantenimento o miglioramento delle condizioni di salute della persona

3. Descrizione del progetto

3.1 Destinatari

I destinatari principali di questo progetto sono gli anziani che, pur in condizioni di autosufficienza, presentano condizioni di fragilità o vulnerabilità con possibilità di perdita delle capacità adattive, anche in relazione a difficoltà legate alle condizioni abitative e relazionali.

Queste persone presentano una dipendenza leggera nelle attività quotidiane e che per tale motivo necessitano di una soluzione abitativa con caratteristiche di protezione. In sintesi, i beneficiari sono anziani in condizione di solitudine, emarginazione, limitata autonomia rispondenti ai seguenti requisiti:

- indipendenza o moderata dipendenza nelle attività di base della vita quotidiana;
- mantenuta capacità di assunzione della terapia;
- autonomia nella gestione di ausili per la mobilità;
- mantenute funzioni cognitive e comportamentali.

L'indipendenza nelle attività di base della vita quotidiana è valutata attraverso lo strumento della scheda BADL (MDS ADL-Long form, in JN Morris, BE Fries, SA Morris, Journal of Gerontology, 1999), che permette di identificare le sette aree di maggiore difficoltà dell'anziano fondamentali per una pianificazione assistenziale e per valutare un appropriato livello di aiuto nel soddisfacimento dei bisogni complessivi:

1. vestirsi
2. igiene personale
3. uso del w.c.
4. spostamenti all'interno dell'ambiente di vita
5. trasferimenti
6. mobilità nel letto
7. alimentazione.

Il progetto è in linea con quanto promosso nell'ambito dell'Avviso pubblico per la presentazione di Proposte di intervento da parte degli Ambiti Sociali Territoriali da finanziare nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore", Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale", Investimento 1.1 - Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, 1.1.2- Autonomia degli anziani non autosufficienti, dove si legge che *"Il "target group" di riferimento è rappresentato da persone anziane fragili, parzialmente autosufficienti, e anziani che, pur in condizione di auto, presentano condizioni di fragilità ossia una vulnerabilità latente con possibilità di perdita delle capacità adattive, anche in relazione a difficoltà legate alle condizioni abitative e relazionali e che per tale motivo necessitano di una soluzione abitativa con caratteristiche di protezione."*

3.2 Modalità di accesso

Nella progettazione sperimentale che si intende proporre, la fase dell'accesso al servizio residenziale, sarà preceduta dalla fase della valutazione a cura di un'equipe minima costituita dal medico di MMG, dall'infermiere del territorio e dall'assistente sociale di riferimento dell'anziano, in modo tale che sia garantita la presenza delle figure professionali per la valutazione di tutte le aree del bisogno come sopra identificate.

L'anziano sarà preso in carico da parte dei servizi competenti sulla base dei bisogni evidenziati.

La valutazione, quale requisito per l'accoglienza dell'utente anziano, individua quale strumento elettivo una scheda BADL dove la valutazione per ognuna delle sette aree di attività andrà da un minimo di zero (anziano completamente indipendente) ad un massimo di quattro (anziano non collaborante con necessità di assistenza totale, completamente dipendente).

La scheda BADL dovrà essere compilata a cura del MMG prima dell'ingresso e dovrà indicare un punteggio complessivo non superiore a 21.

Il rationale di questo valore deriva dall'osservazione che, per ognuna delle sette aree di attività valutate nelle BADL, una performance che arrivi fino ad uno score di 3 (assistenza pesante, anziano collaborante che richiede aiuto fisico almeno 3 o più volte nell'arco di una settimana) quindi con punteggio massimo complessivo di 21, può considerarsi ancora rappresentativa, all'interno dell'area clinico-funzionale, di anziani con un certo grado di indipendenza nelle attività di base della vita quotidiana, che in presenza di funzioni cognitive e comportamentali mantenute possono essere accolti in Strutture riconducibili, sotto il profilo organizzativo e strutturale, a realtà ad intensità assistenziale contenuta.

Gli utenti target includono anche anziani che vivono soli e che si trovano ad affrontare il rischio di isolamento sociale. L'ampliamento delle strutture a bassa intensità assistenziale è cruciale per garantire una risposta adeguata alle necessità di un numero crescente di anziani fragili, come i dati sopra riportati hanno evidenziato.

È stato predisposto un unico regolamento di accesso alle strutture ed è in fase di redazione il regolamento di funzionamento.

3.3 Obiettivi del progetto

L'obiettivo è l'attivazione di percorsi di assistenza, cura e promozione della integrazione sociale di anziani; sperimentare, verificare, validare e modellizzare una formula gestionale di co-housing per persone anziane che, pur in condizioni di autosufficienza, presentano condizioni di fragilità o vulnerabilità con possibilità di perdita delle capacità adattive, anche in relazione a difficoltà legate alle condizioni abitative e relazionali.

Questo gruppo di anziani è spesso emarginato, in quanto non rientra nei tradizionali modelli di assistenza residenziale, che si concentrano sugli anziani completamente non autosufficienti. Il progetto consente di intervenire proprio su questi anziani, offrendo un supporto adeguato alla loro condizione, senza limitarne l'autonomia.

La struttura, quindi, risponde a un bisogno crescente di soluzioni alternative rispetto alle RSA tradizionali, creando un ambiente che favorisca l'indipendenza pur assicurando un supporto continuo.

Al contempo il progetto, agendo nella sfera della prevenzione e dei buoni stili di vita, ha l'obiettivo di prevenire l'istituzionalizzazione assicurando un contesto domiciliare, in appartamento condiviso, attrezzato per l'assistenza a distanza e la sorveglianza della condizione di salute, ai quali sarà assicurato un percorso personalizzato di assistenza sociale e sociosanitaria integrata di tipo domiciliare, che consentano all'anziano di conseguire e/o mantenere la massima autonomia ed indipendenza.

Alle persone residenti nella "casa" sarà assicurato il mantenimento delle relazioni familiari e con la comunità, anche tramite l'attivazione di collaborazione con le associazioni di volontariato e del terzo settore.

3.4 Modalità di attuazione e rispetto della programmazione sociosanitaria locale e regionale

A fronte di una popolazione che invecchia, la proposta è quella di garantire ai beneficiari un percorso di assistenza creando una proposta sia di tipo domiciliare sia abitativa inclusiva, che riproponga un contesto familiare e domestico condiviso, al fine di garantire una vita autonoma e indipendente a favore di anziani, garantendo loro interventi per mantenerne una formula di assistenza di tipo domiciliare.

Obiettivi specifici dell'intervento sono in linea con gli indirizzi nazionali, regionali e locali:

- valorizzare i principi di Libera Scelta e Autodeterminazione della persona anziana fragile;
- prevenire e contenere il ricovero in RSA;
- prevenire, intervenendo in situazioni di fragilità, situazioni di non auto attraverso il monitoraggio dell'anziano con strumentazioni tecnologiche in collegamento con il MMG e le attività sanitarie di comunità;
- mantenere capacità e competenze residue;
- attivare a favore di anziani fragili una modalità di gestione autonoma e consapevole di spazi abitativi protetti;
- promuovere l'integrazione del sistema per ricercare maggiore efficacia ed efficienza;
- coinvolgere le associazioni del territorio e potenziare le loro attività (servizi di prossimità, trasporto sociale, organizzazione di momenti ricreativi).

Relativamente ai requisiti strutturali, organizzativi e professionali per la gestione dei co-housing si fa riferimento al Regolamento 2/R approvato con DPGR (BURT RT n. 2 del 12.01.2018).

L'intervento si prefigge da un lato di garantire un'assistenza al domicilio dell'anziano, monitorando le condizioni di salute attraverso la fornitura di strumentazioni per Telesalute e/o Teleassistenza e/o Telecompagnia, dall'altro di dare corpo a forme di gestione collettiva dei problemi di abitazione, assistenza, cura e promozione dell'integrazione sociale di persone anziane fragili, con livelli di dipendenza nelle attività di vita quotidiana.

Le abitazioni del co-housing sono progettate e organizzate in modo da non avere barriere interne prevedendo spazi comuni altamente fruibili.

3.5 Struttura organizzativo-gestionale di progetto

L'UdC del Casentino è stata individuata quale capofila, in qualità di capofila dell'azione del PNRR 1.1.2.

Con i Comuni che ospitano i co-housing (Bucine, Poppi, Chitignano e Anghiari) è stata stipulata una convenzione per disciplinare la struttura organizzativa (Rif. art. 15 della L. 241/90 e art. 30 del TUEELL 267/2000), per fornire un quadro regolatorio di riferimento in merito al flusso di attività, di risorse, al monitoraggio e alla rendicontazione.

La struttura organizzativa è così individuata:

- Resp. P.O. Servizio 3 dell'UdC Casentino con funzioni di attuazione, monitoraggio e controllo;
- Casa "Pogi" di Bucine: n. 1 Resp. dei servizi sociali con funzioni di attuazione, monitoraggio; Assistenti Sociali case manager dei beneficiari; Responsabile U.F. Assistenza Sociale dell'Az. UsI TSE Zona Valdarno;
- Casa "Anghiari": n. 1 Resp. P.O. Area scuola, sociale, cultura, con funzioni di attuazione, monitoraggio e controllo; Assistenti Sociali case manager dei beneficiari; Responsabile U.F. Assistenza Sociale dell'Az. UsI TSE Zona Valtiberina;

- Casa “Soci” Casa “Chitignano” “Casa Poppi” ATS Casentino: n. 1 Resp. con P.O. Servizio 3 dell’UdC Casentino, n. 1 Resp. con P.O. U.O. “Servizi alla persona” di Bibbiena con funzioni di monitoraggio e controllo, in collaborazione con i referenti dell’UdC; Assistenti Sociali case manager dei beneficiari; Responsabile U.F. Assistenza Sociale dell’Az. Usl TSE Zona Casentino;

Fase valutativa:

Equipe minima costituita dal MMG, dall’infermiere di comunità e famiglia e dall’assistente sociale di riferimento dell’anziano, in modo tale che sia garantita la presenza delle figure professionali per la valutazione di tutte le aree del bisogno.

Fase gestionale:

La gestione degli interventi assistenziali è esternalizzata tramite procedura ad evidenza pubblica a norma del Codice dei Contratti. La ditta affidataria assicura il referente responsabile per ciascuna struttura, che supporterà gli enti proponenti anche per le fasi di istruttoria della Commissione multidisciplinare di cui all’art. 20, comma 3, della L.R. 41/2005.

3.6 Caratteristiche dei co-housing e relative attività

L’elemento essenziale di innovazione della proposta consiste nel dar vita ad un “alloggio condiviso” in cui siano ottimizzati i servizi di assistenza, che potranno garantire un’assistenza 24H, ai quali affiancare, sulla base della valutazione dei bisogni assistenziali e sulla base del progetto individualizzato, prestazioni prof.li accessorie quali quelle di AdB, OTA, OSS, infermieri, supporto psicologico, attività di socializzazione, trasporto ed accompagnamento da e per l’esterno, assistenza per il disbrigo pratiche burocratiche ecc.

Le abitazioni del co-housing sono progettate e organizzate in modo da non avere barriere interne e prevedendo spazi comuni altamente fruibili.

I co-housing avranno i requisiti minimi strutturali previsti dal Regolamento 9 gennaio 2018, n. 2/R.

Sono inseriti in contesti abitativi e vicini ai servizi di prossimità.

Di seguito le caratteristiche delle 4 strutture:

- sono ubicati in luoghi abitati facilmente raggiungibili anche con l’uso di mezzi pubblici, comunque tali da permettere la partecipazione degli ospiti alla vita sociale del territorio e facilitare le visite agli ospiti;
- posseggono i requisiti della civile abitazione nel rispetto delle normative vigenti comunali, regionali e nazionali e saranno soggetti alle procedure previste dall’articolo 22 della L.R. 41/2005”;
- le camere da letto per massimo 2 persone sono dotate di letti ad altezza variabile per facilitare salita e discesa, di armadi individuali idonei per abiti ed effetti personali;
- l’assenza di barriere architettoniche sia all’interno dell’appartamento sia nei percorsi esterni, in modo tale da garantire agli ospiti la fruibilità di tutta la struttura;
- presenza di una linea telefonica a disposizione degli ospiti;
- presenza di due servizi igienici di cui almeno un bagno fruibile anche da parte di persone con mobilità ridotta;
- presenza di campanelli di chiamata in vicinanza dei letti o altri dispositivi per l’attivazione del personale;
- presenza di una cucina con caratteristiche corrispondenti a quelle inserite nelle civili abitazioni;
- presenza di uno o più spazi polifunzionale/i per attività varie (cucina, socializzazione, studio/tempo libero, colloqui, attività amministrativa);
- tenuta di un registro delle presenze e della cartella personale, per ciascuna persona accolta;

- i farmaci degli ospiti saranno conservati in un armadietto chiuso a chiave;
- presenza di una “postazione” di riposo per l’operatore che osserva il turno di notte;
- i co-housing accoglieranno contemporaneamente un numero massimo di 8 persone.

Segue il dettaglio di alcune caratteristiche principali delle singole strutture.

CASA POGI (6 ospiti)

La struttura “Casa POGI” sarà collocata nella omonima zona del capoluogo. La struttura sorgerà quale recupero e riqualificazione di un edificio ex scuola elementare che negli anni 2000 è stata trasformata in centro diurno per anziani e di un nuovo edificio, realizzato 2008 in aderenza al primo, che ha ospitato 4 monolocali destinati ad emergenza abitativa.

Casa Pogi potrà ospitare fino a 6 ospiti.

È previsto la camera per l’assistente sulle 24h.

Dalla sala comune si potrà accedere ad uno spazio coperto avente le caratteristiche di loggiato dove possono essere effettuate attività ricreative e di socializzazione.

Lo spazio attorno alla struttura sarà adibita a giardino con uno spazio dedicato alla cura di un piccolo orto.

CASA POPPI (2 appartamenti da 4 posti ciascuno)

Gli appartamenti sono inseriti all’interno di un’area abitativa, nei pressi di un giardino pubblico e nei pressi della locale Residenza Assistita per Anziani di Certomondo.

I due appartamenti destinati alle persone anziane si affiancheranno ad ulteriori due appartamenti che ospiteranno nuclei familiari, in una continuità tra “vecchi” e “nuovi” abitanti, con la condivisione di spazi comuni. Uno dei due appartamenti sarà disponibile a partire dal mese di gennaio 2026.

È previsto la camera per l’assistente sulle 24h e spazi comuni per attività di animazione e socializzazione.

Lo spazio attorno alla struttura sarà adibita a giardino con uno spazio dedicato alla cura di un piccolo orto.

CASA ANGHIARI (6 ospiti)

Il co-housing, in fase di ristrutturazione, sarà realizzato mediante la riconversione di un edificio pubblico inutilizzato (ex asilo), posto in prossimità del centro storico di Anghiari. La ristrutturazione dell’immobile di proprietà pubblica prevede, ad intervento concluso, di ospitare, su di un unico livello planimetrico, un massimo di 6 persone.

Gli anziani che sceglieranno questo tipo di residenza trovano una loro ideale collocazione in 6 camere da letto, di cui due matrimoniali, aventi tutte i requisiti di accessibilità ai sensi della L. 13/89 ed un bagno fruibile anche da parte di persone con mobilità ridotta.

La struttura si comporrà anche di tutti gli spazi della socialità necessari alla conduzione di uno stile di vita di tipo familiare, senza tuttavia rinunciare alla propria autonomia e privacy.

CASA CHITIGNANO (6 ospiti + 2 posti)

La struttura “Casa Chitignano”, già disponibile, sorge nel centro del paese di Chitignano.

La struttura, ex scuola elementare, è stata già ristrutturata con i fondi del Piano degli Investimenti Sociali della Regione Toscana e sarà completato di arredo tramite un intervento finanziato con la SNAI 2014-2020.

Casa Chitignano potrà ospitare fino a 6 ospiti, più due posti di emergenza.

Lo spazio attorno alla struttura sarà adibita a giardino e si affaccia nel centro del paese. A 50 m troviamo la sede del Comune, la Farmacia, bar e generi alimentari.

A 200 m c’è la sede della Misericordia di Chitignano che potrà fornire alcuni servizi quale il trasporto.

3.7 Piano dei costi analitico e personale impiegato

Sulla base dei parametri individuati dalla normativa regionale, è stato formulato l'impiego del personale socio-assistenziale/socio-sanitario ed educativo in possesso della qualificazione professionale che di seguito riportiamo:

Dettaglio personale	
Regolamento 2/R	ore/anno
AdB/OSS	8760
Educatore	817

Dettaglio ore assistenza		
24h/24h e 7 gg./sett.	ore/giorno	ore/anno
ore	19	6935
ore diurne	18	
ore aggiuntive	1	
ore notturne	5	1825
Totale		8760

A seguire il piano dei costi analitico e la retta giornaliera complessiva:

mansione	qualifica	livello CCNL	costo H	ore anno	costo tot.
assistenza	a.d.b./oss	C2	€ 22,00	6935	€ 152.570,00
Referente	educatore	D2	€ 24,01	817	€ 19.616,17
attesa notturna			€ 20,00	365	€ 7.300,00
attesa notturna		4 op	€ 77,00	12	€ 3.696,00
TOTALE PERSONALE					€ 183.182,17

spese	mese/p.	anno/p.	tot. anno
alimentari	€ 228,63	€ 2.743,56	€ 16.461,36
riscaldamento	€ 78,70	€ 944,44	€ 5.666,67
energia	€ 29,31	€ 351,72	€ 2.110,32
acqua	€ 16,12	€ 193,44	€ 1.160,64
trasporti	€ 26,43	€ 317,11	€ 1.902,67
manutenzioni	€ 41,19	€ 494,33	€ 2.966,00
varie	€ 16,62	€ 199,44	€ 1.196,67
telefono	€ 13,98	€ 167,76	€ 1.006,56
TOTALE PRODUZIONE			€ 32.470,88

totale costi personale		€ 183.182,17
totale costi personale con IVA		€ 192.341,28
totale costi gestione		€ 32.470,88
TOTALE GESTIONE		€ 224.812,16
totale a persona anno		€ 37.468,69

totale a persona mese		€ 3.122,39
totale a persona giorno		€ 102,37

La retta giornaliera può variare se si ipotizza di avvalerci di un servizio di fornitura pasto esternalizzato, passando da € 102,37 ad € 109,60.

Ipotesi in vigenza di entrate da PNRR 1.1.2 nella retta giornaliera di € 102,37:

tariffa utente	50,00 €	109.500,00 €	<i>entrata co-housing da 6 posti</i>
tariffa PNRR	52,37 €	114.697,92 €	<i>entrata calcolata quale differenza tra la retta al di meno retta ospite</i>
	totale	224.197,92 €	<i>totale entrate</i>

3.8 Durata

La durata della sperimentazione è di n. 1 anno a partire dalla data di pubblicazione dell'atto regionale che approva la sperimentazione stessa.

4. Risultati attesi

In sintesi i principali risultati attesi:

- favorire l'aggregazione di famiglie che condividono un problema rilevante di assistenza di un proprio congiunto per dare corso a soluzioni comuni che mirino ad elevare la qualità delle risposte, a stimolare partecipazione attiva e a conseguire l'obiettivo della sostenibilità;
- stimolare l'innovazione sociale, la costituzione e lo sviluppo di aggregazioni, reti e partenariati tra famiglie, cooperative sociali, associazioni di terzo settore, nella prospettiva di estendere la concreta capacità delle comunità locali di rispondere ai bisogni;
- promuovere e sostenere lo sviluppo di formule innovative di co-housing quali strutture con le caratteristiche di normale abitazione civile dove sono fruibili e disponibili spazi specificamente destinati ad attività comuni,
- promuovere azioni volte all'integrazione delle prestazioni sanitarie con quelle sociali e socioassistenziali di supporto all'anziano in situazioni di fragilità;
- raggiungere un grado di soddisfazione pari all'80% che sarà rilevato tramite un questionario pre attivazione e post attivazione.

Il progetto è formulato al fine di garantirne la continuità e la sostenibilità tramite la previsione di una partecipazione dei singoli abitanti la casa alle spese per la gestione.

La sostenibilità dell'intervento, accompagnata ad un processo valutativo sui risultati quantitativi e qualitativi, con il coinvolgimento della Regione e dell'Az. Usl TSE potrà condurre all'eventuale adozione di strumenti utili alla replicabilità/trasferibilità dell'intervento e all'individuazione di risorse per la definizione di una quota a carico delle risorse pubbliche.

Grazie all'intervento sarà possibile realizzare percorsi di assistenza, cura e promozione della integrazione sociale di anziani con livelli di dipendenza medio-bassi nelle attività di vita quotidiana; sperimentare, verificare, validare e portare a modello una formula gestionale di co-housing per persone non auto.

5. Elementi di innovazione

L'elemento essenziale di innovazione della proposta consiste nel dar vita ad un "alloggio condiviso" in

cui sia ottimizzato il ricorso all'assistenza, dove sarà garantita un'assistenza 24H, a cui affiancare, sulla base della valutazione dei bisogni assistenziali, prestazioni prof.li accessorie quali quelle di OSS, infermieri, educatori/animatori.

Inoltre, si evidenziano i seguenti aspetti:

- In comuni di piccole dimensioni l'attivazione di un co-housing consente di attivare un servizio di prossimità, garantendo alla persona anziana la permanenza nella comunità di appartenenza;
- È una esperienza innovativa nei termini dello sviluppo di relazioni sociali con la comunità circostante, favorendo la nascita di relazioni sociali nell'ambito di occasioni di socialità;
- Una delle sfide è garantire la permanenza al domicilio anche nella condizione di incremento di livelli di gravità e di necessità di maggiore assistenza.

6. Monitoraggi

Il monitoraggio sarà assicurato dai soggetti proponenti attraverso l'utilizzo del set di indicatori che di seguito dettagliamo. I soggetti proponenti forniranno alla Regione "Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale" report trimestrali e un report finale contenente gli esiti delle azioni sperimentate in termini di efficienza, efficacia ed economicità dei risultati raggiunti.

Indicatori (descrizione)

Si intendono quegli indicatori che consentono di rilevare il successo della sperimentazione in termini di raggiungimento degli obiettivi della tipologia di struttura sperimentale; obiettivo principale è il mantenimento dell'autonomia residua della persona anziana fragile, esposta al rischio di non autosufficienza per aspetti socio ambientali (condizioni di solitudine e di inadeguata protezione socio ambientale) o per stati di salute instabile (comorbidità), recente ospedalizzazione, politerapia, riduzione del peso, ridotta performance motoria, ridotte abilità IADL, buona autonomia nelle ADL, assenza di importanti disturbi cognitivo-comportamentali. Ricordiamo che le persone inserite nel co housing sono persone autosufficienti, ma fragili per aspetti socio-ambientali come la condizione di solitudine e la inadeguata protezione socio-ambientale.

In tale contesto, indicatore principale di efficacia è il mantenimento nel tempo del punteggio BADL registrato all'ingresso in struttura o un suo aumento solo nel lungo termine:

- N. casi con aumento BADL nel periodo di permanenza;
- N. gg. tra una misurazione BADL e la prima con aumento BADL;
- N. eventi significativi registrati correlabili (temporalmente) con aumento BADL.

Per eventi significativi si intendono cadute, malattie allettanti, traumi di carattere emotivo o psicologico. Se l'aumento della BADL è correlato a tali eventi e non alla quotidianità della vita nella struttura, l'aumento in sé non è necessariamente acquisibile come indicatore di inefficacia della sperimentazione, quanto piuttosto quale indicatore di scarsa qualità del servizio offerto dalla struttura specifica (carenza di tipo professionale), nel caso in cui tali eventi siano correlabili a negligenza o inadempienza.

Occorrerà analizzare le cause dell'evento per escludere che eventuali inadempienze non siano piuttosto dovute alla inefficacia del modello organizzativo (requisiti organizzativi e professionali) pensati per la struttura sperimentale.

In generale, se gli indicatori di processo restituiscono una sperimentazione efficiente, gli indicatori di efficacia sono validi, sia che restituiscono valori considerabili positivi sia che restituiscono valori negativi.

Se gli indicatori di processo sono negativi, la sperimentazione non è considerabile valida, nel senso che

rimane in piedi l'ipotesi dell'efficacia della struttura sperimentale nelle condizioni (non verificatesi) che la sperimentazione sia stata condotta in maniera corretta.

Quantificazione dei risultati sperimentali in termini di risposta al bisogno identificato, mediante vigilanza dell'efficacia, della qualità e della sicurezza, attraverso un [set](#) di indicatori che permetta il monitoraggio e la valutazione dei risultati previsti.

Indicatori di processo

Qualità clinico-assistenziale:

- frequenza di cadute e piaghe da decubito;
- utilizzo di mezzi di contenzione e loro frequenza.

Efficacia delle attività quotidiane:

- frequenza della somministrazione dei pasti;
- efficacia delle attività di igiene personale;
- supporto alla mobilità e alla deambulazione.

Verifica del livello di congruità nella gestione della scheda BADL:

- n. casi di BADL del MMG con range di punteggio non coerente con BADL compilata dall'equipe costituita per il monitoraggio ;
- n. casi con BADL compilata dall'equipe costituita per il monitoraggio > 21 in assenza di segnalazione da parte del soggetto Gestore.

Funzioni di controllo e vigilanza dell'evoluzione delle condizioni degli ospiti:

- n. casi con osservazione di disturbi cognitivo-comportamentali in assenza di segnalazione da parte del soggetto gestore;
- n. eventi acuti, come cadute e lesioni da pressione, o problemi cronici come malnutrizione, disidratazione e disfagia, e altri segni come la gestione inappropriata dei farmaci, infezioni, traumi da movimentazione e segnali di abuso o trascuratezza, non segnalati dal soggetto gestore.

Aspetti sociali e relazionali:

- frequenza delle visite dei familiari e degli amici;
- partecipazione degli ospiti alle attività ricreative e sociali;
- qualità delle interazioni tra ospiti, operatori e familiari;
- livello di gradimento delle attività di animazione (interviste o questionari strutturati).

Gestione e organizzazione:

- frequenza e completezza dei piani assistenziali individuali (PAI);
- frequenza dei controlli sanitari e dei follow-up;
- passaggio delle consegne tra i membri del team assistenziale;
- adempimento degli standard di pulizia e manutenzione degli ambienti.

Indicatori di esito

Indicatori clinico-funzionali:

- mortalità: tasso di decessi all'interno della struttura;
- morbilità: incidenza di nuove patologie o peggioramento di condizioni esistenti;
- n. casi con aumento BADL nel periodo di permanenza;
- n. gg. tra una misurazione BADL e la prima con aumento BADL;

- n. eventi significativi registrati correlabili (temporalmente) con aumento BADL;
- miglioramento o mantenimento dello stato di salute generale.

Aspetti sociali e relazionali:

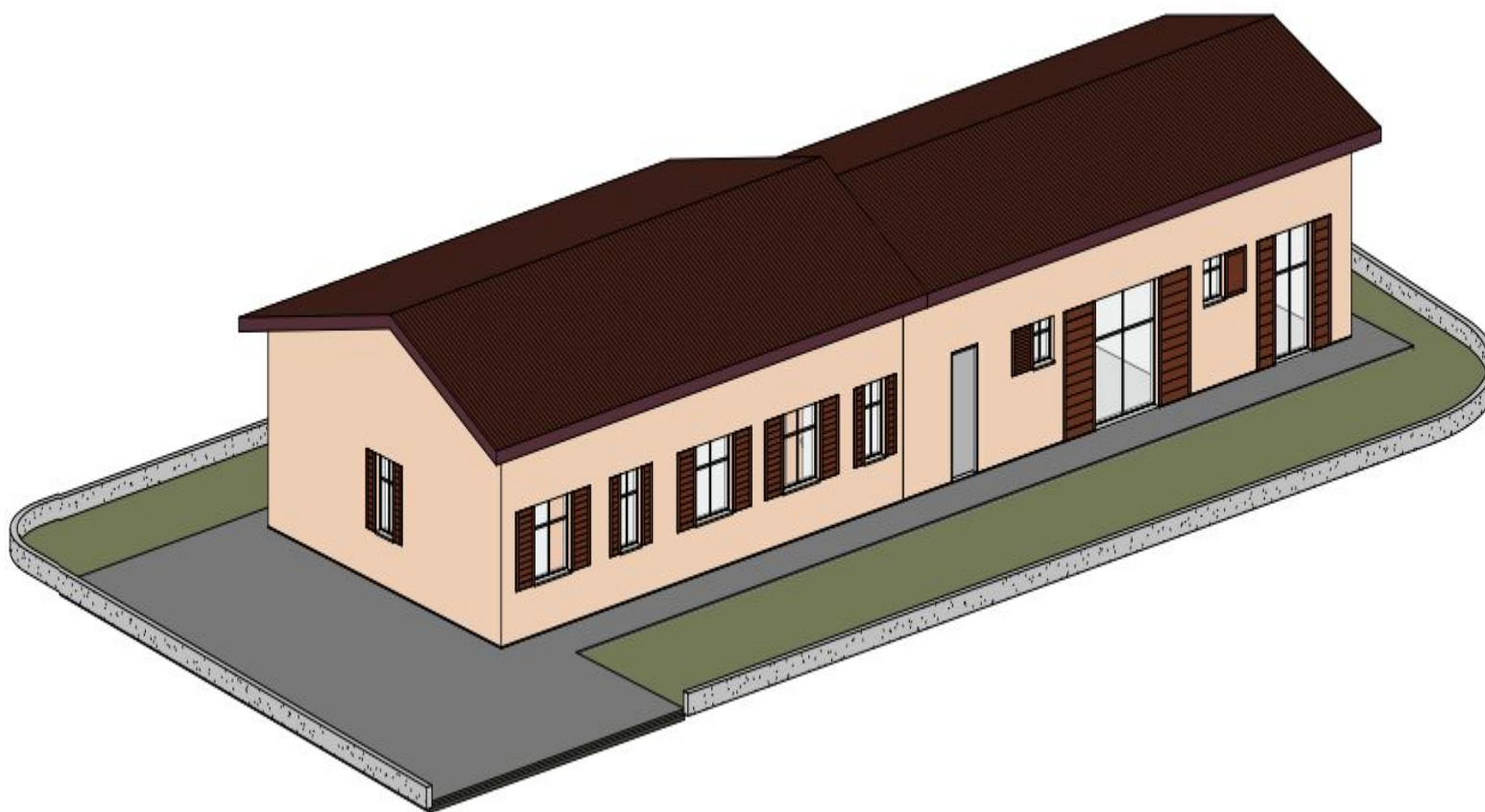
- qualità della vita: valutata sia attraverso questionari soggettivi che obiettivi (es. comfort, ambiente);
- soddisfazione dell'utente: percepita dai residenti e dai loro familiari;
- coinvolgimento sociale: facilità di accesso per familiari e amici e partecipazione ad attività sociali.

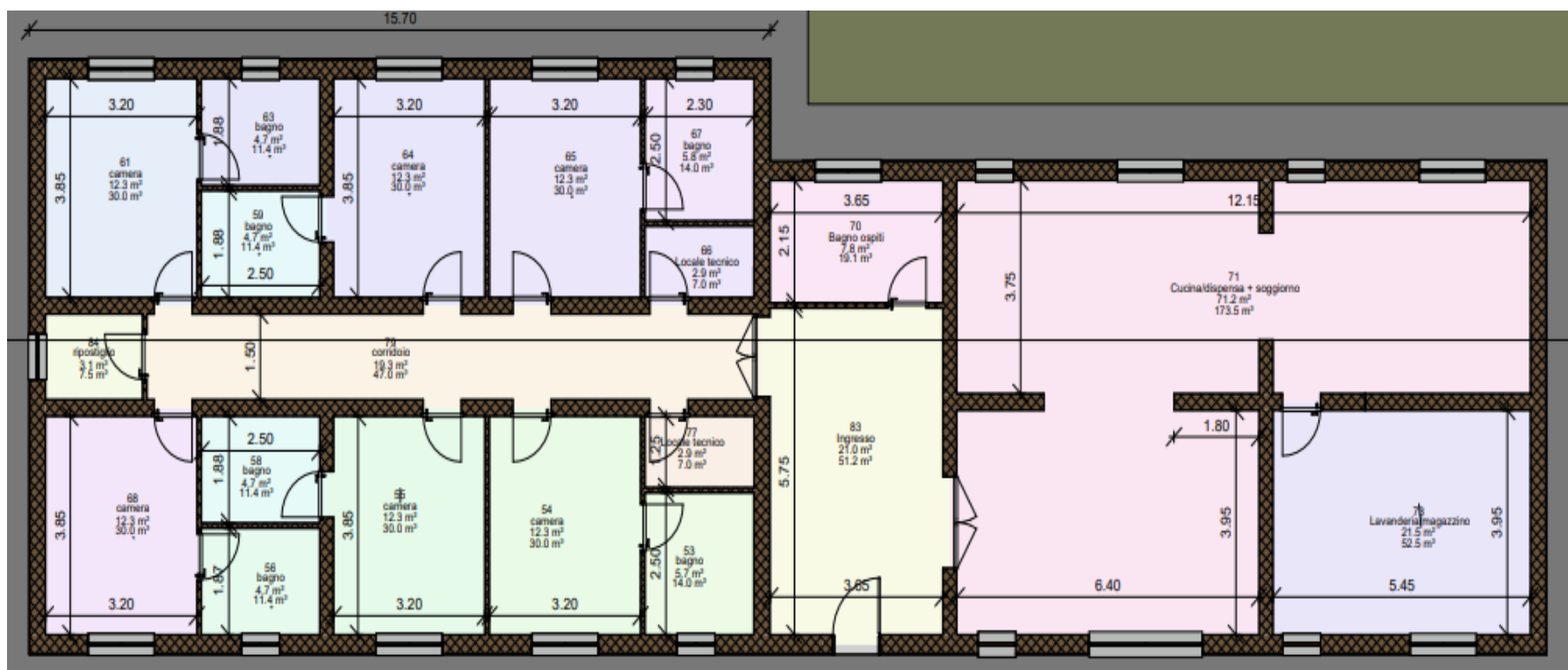
Indicatore di processi economici:

- durata della presa in carico: tempo medio che l'anziano trascorre nella struttura, espresso come percentuale rispetto a un anno intero;
- costi: costi diretti e indiretti legati all'assistenza (es. costo per la struttura e il sistema sanitario).

Allegato A “Planimetrie”

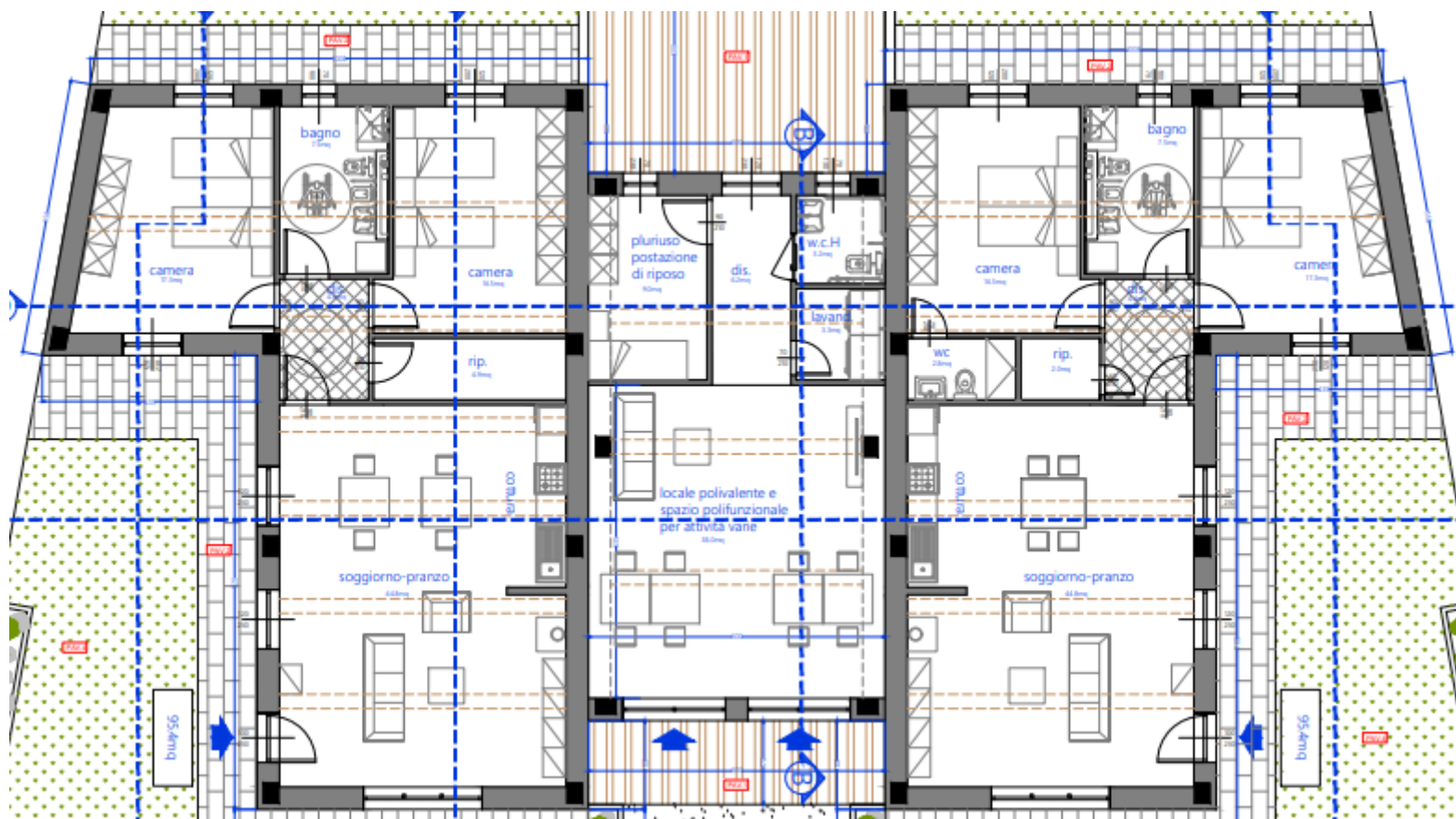
CASA Pogi (Bucine)





CASA Poppi (Poppi)

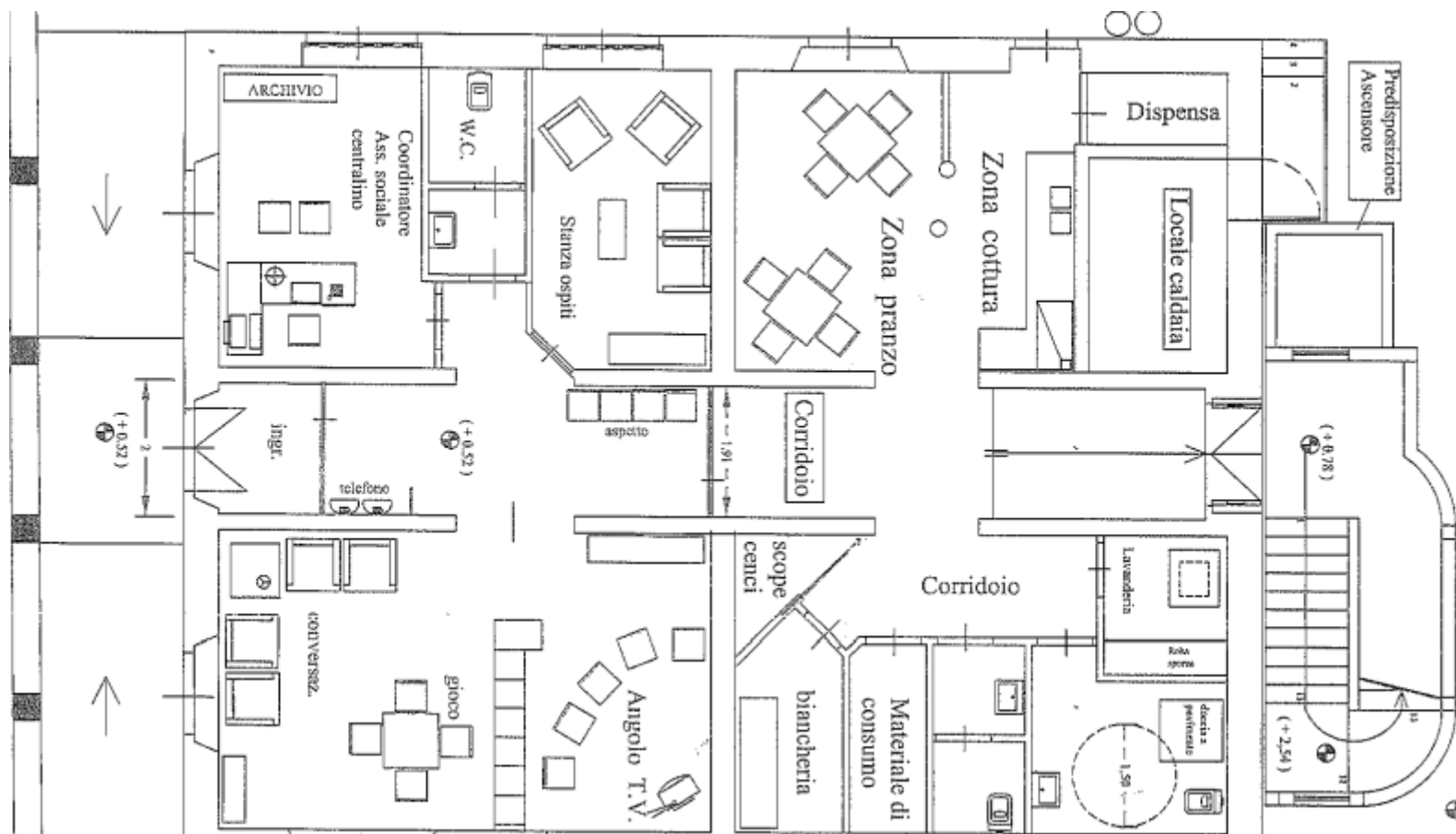




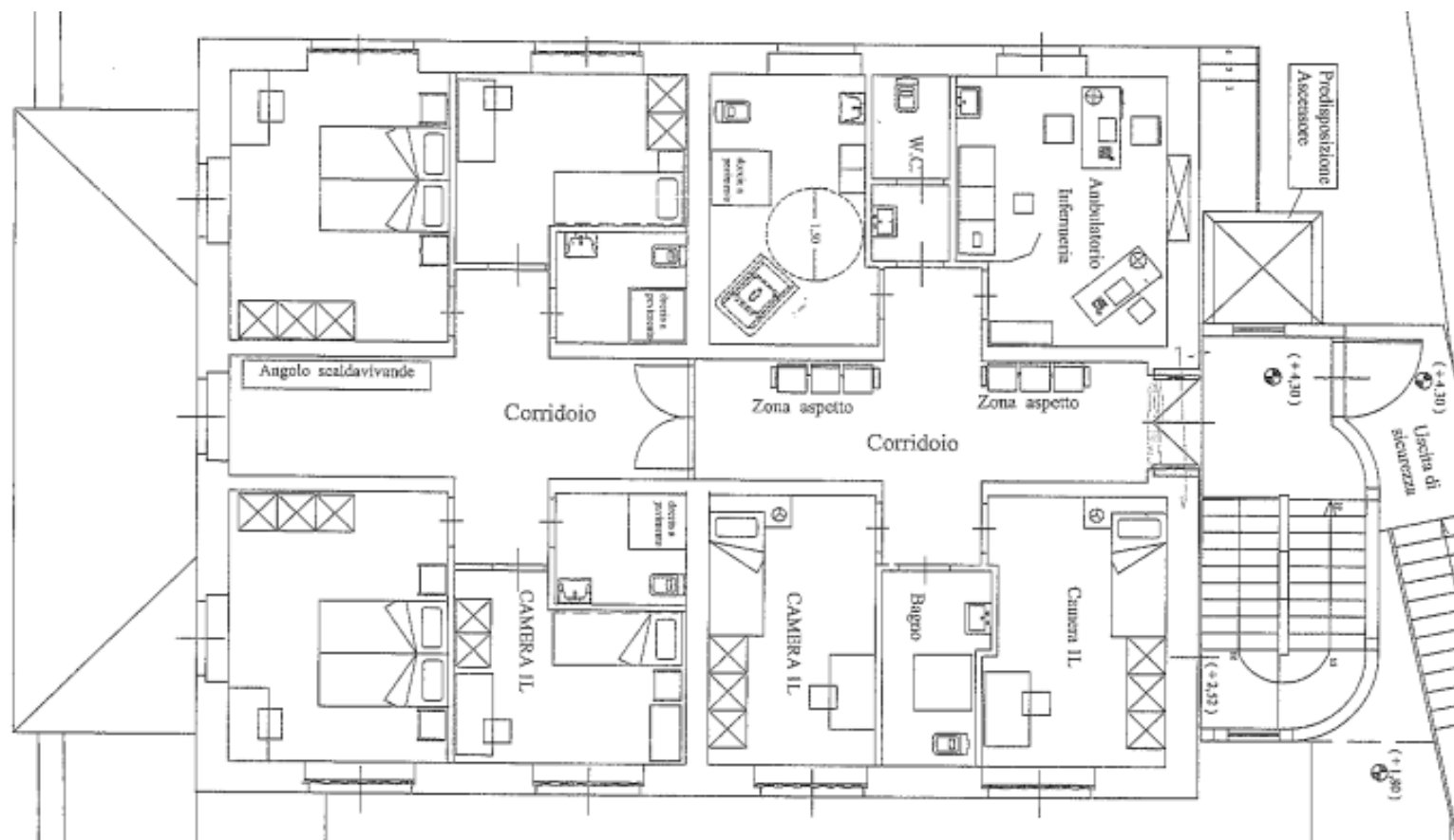
CASA Chitignano (Chitignano)



Casa Chitignano (piano terreno)



Casa Chitignano (primo piano)



Casa Anghiari (Anghiari)



